

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ З ДОГЛЯДОМ ЗА ХВОРИМИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

на засіданні кафедри

загальної хірургії з доглядом за хворими

Завідувач кафедри

Професор _____ Лігоненко О.В.

«___» _____ 2021р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
(аудиторна робота)

<i>Навчальна дисципліна</i>	Догляд за хворими
<i>Модуль №1</i>	Догляд за хворими, його роль у лікувальному процесі та організація в умовах стаціонару (Виробнича практика)
<i>Змістовий модуль 2</i>	Догляд за хірургічними хворими
<i>Тема заняття №5</i>	ХІРУРГІЧНА ОПЕРАЦІЯ, ПІДГОТОВКА ХВОРИХ ДО ОПЕРАЦІЙ. ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ
<i>Курс</i>	II
<i>Факультет</i>	Медичний, педіатричний

Полтава

Змістовний модуль № 1	Введення у хірургію. Десмургія. Асептика і антисептика. Особливості догляду за хворими хірургічного відділення. Хірургічна операція..
Тема заняття № 5	Хірургічна операція. Підготовка хворого до операцій. Післяопераційний період. Догляд за хворими в післяопераційному періоді.

1. Актуальність теми:

Нерідко після хірургічного лікування виникають ускладнення, які затрудняють процес видужання. Тому підготовка хворого до операції включає в себе ряд профілактичних заходів як загальних так і місцевих, направлених на попередження ускладнень як під час операції так і в післяопераційному періоді. Хірургічна операція і наркоз приводять до певних змін в організмі людини, які носять загальний характер і є відповіддю на операційну травму. Правильне введення хворого в післяопераційному періоді, організація перебування його у відділенні, виконання потрібних маніпуляцій і процедур по догляду мають надзвичайно важливе значення для профілактики можливих ускладнень і сприятливого результату лікування. Сприятливий результат лікування хворого в післяопераційному періоді у великій мірі залежить не тільки від адекватності виконаної операції, але і від знань і професійних вмінь середнього та молодшого медичного персоналу. Отже оволодіння практичними навичками та професійними вміннями по догляду за хворими, що перенесли оперативне втручання, є важливим для всіх працівників хірургічного відділення.

2. Навчальні цілі:

- Мати уяву про передопераційний період.
- Знати класифікацію оперативних втручань в залежності від терміновості їх виконання.
- Знати особливості підготовки хворих до планових та екстрених оперативних втручань.
- Вміти провести транспортування хворого в операційну і з операційної.
- Студенти повинні ознайомитися з поняттям операція, видами оперативних втручань.
- Засвоїти основні укладки хворого на операційний стіл.
- Знати визначення післяопераційного періоду і фази його перебігу.
- Вивчити основні біохімічні зміни в організмі внаслідок операційної травми.
- Познайомитися з перебігом післяопераційного періоду, основними ускладненнями, їх профілактикою, лікуванням.
- Засвоїти методи штучного харчування хворих в післяопераційному періоді, ознайомитись з основними дієтичними столами.
- Вміти проводити комплексну профілактику пролежнів у лежачих хворих, доглядати за хворим, в якого є пролежень.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Біологічна та органічна хімія	Вміти правильно оцінювати концентрацію дезінфекуючих розчинів. Знати принципи дії хімічних дезінфектантів
2. Мікробіологія	Знати особливості й умови існування спороутворюючих форм мікроорганізмів та механізм дії різних видів дезінфектантів на мікроорганізм.
3. Біофізика	Знати види та принципи дії фізичних методів стерилізації

Студент повинен мати уявлення:

- Про лікувальні дієти
- Про особливості й умови існування спороутворюючих форм мікроорганізмів та механізм дії різних видів дезінфектантів на мікроорганізми
- Про принципи дії фізичних методів стерилізації
- Про основні біохімічні зміни в організмі внаслідок операційної травми

Студент повинен знати:

- Класифікацію оперативних втручань, етапи виконання.
- Передопераційний період, його задачі.
- Особливості підготовки хворих до планових і термінових операцій.
- Передопераційний період: догляд за шкірою хворого, санація ротової порожнини, гоління волосся, очищення кишечника за допомогою клізм, гігієна білизни та одягу хворих.
- Основні принципи догляду за хворими у післяопераційному періоді. Профілактика можливих ускладнень. Харчування хворих.

Студент повинен вміти:

- підготувати хворих до планових та термінових операцій
- проводити догляд за шкірою хворого, санацію ротової порожнини гоління волосся, очищення кишечника за допомогою клізм
- провести профілактику можливих ускладнень в післяопераційному періоді

Опанування практичних навичок студентом:

- Попередня підготовка операційного поля.
- Санація ротової порожнини перед оперативним втручанням.
- Підготовка шлунково-кишкового тракту у хворого, що йде на операцію.
- Промивання шлунку товстим зондом.
- Методика проведення очисної клізми.
- Транспортування хворого в операційну.
- Заміна постільної білизни хворого.
- Комплексна профілактика пролежнів.
- Догляд за пацієнтом з пролежнем.
- Харчування важкохворих.
- Годування важкохворого за допомогою ложки та поїльника.
- Годування пацієнта через назогастральний зонд за допомогою шприцу Жане.

4.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти****студент при підготовці до заняття:**

Термін	Визначення
Клізма	Медична процедура, що заключається у введенні рідини в товсту кишку через задній прохід
Пролежень	Некроз м'яких тканин, що розвивається внаслідок постійного тиску на тканини
Передопераційний період	період часу з моменту госпіталізації хворого у відділення до початку виконання йому оперативного втручання
Хірургічна операція	виконання спеціальної механічної дії на органи та тканини з лікувальною або діагностичною метою.
Післяопераційний період	період з моменту закінчення операції до видужання хворого або переведення його на інвалідність.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Поняття про хірургічну операцію.
2. Класифікація оперативних втручань, етапи виконання.
3. Передопераційний період, його задачі.

4. Особливості підготовки хворих до планових і термінових операцій.
5. Передопераційний період: догляд за шкірою хворого, санація ротової порожнини, гоління волосся, очищення кишечника за допомогою клізм, гігієна білизни та одягу хворих.
6. Основні принципи догляду за хворими у післяопераційному періоді. Профілактика можливих ускладнень. Харчування хворих.

4.3. Практичні роботи (завдання), які використовуються на занятті:

1. Попередня підготовка операційного поля.
2. Санація ротової порожнини перед оперативним втручанням.
3. Підготовка шлунково-кишкового тракту у хворого, що йде на операцію.
4. Промивання шлунку товстим зондом.
5. Методика проведення очисної клізми.
6. Транспортування хворого в операційну.
7. Заміна постільної білизни хворого.
8. Комплексна профілактика пролежнів.
9. Догляд за пацієнтом з пролежнем.
10. Харчування важкохворих.
11. Годування важкохворого за допомогою ложки та поїльника.
12. Годування пацієнта через назогастральний зонд за допомогою шприцу Жане.

5. Зміст теми.

Передопераційний період – це період часу з моменту госпіталізації хворого у відділення до початку виконання йому оперативного втручання. Його тривалість залежить від характеру хвороби (гостра чи хронічна), від об'єму майбутньої операції, від стану хворого і резервів його організму. Операції, що виконуються у гострому стані, який безпосередньо загрожує життю хворого, проводять після мінімального об'єму передопераційної підготовки. У разі планових операцій передопераційний період триває від кількох годин (частіше від однієї доби) до декількох діб, рідше – тижня і зовсім рідко – тижнів.

Основні завдання доопераційного періоду:

- 1) встановити діагноз,
- 2) визначити показання, негайність виконання і характер операції,
- 3) підготувати хворого до операції.

Основна мета доопераційного періоду: звести до мінімуму ризик оперативного втручання і можливість розвитку ускладнень після операції.

Операція – це виконання спеціальної механічної дії на органи та тканини з лікувальною метою.

Хірургічні операції поділяють в залежності від терміну їх виконання, і в залежності від повного виліковування або полегшення стану хворого.

По терміну виконання розділяють операції на:

- екстрені – операції, які виконуються негайно або в найближчий час з моменту поступлення хворого в хірургічне відділення;
- термінові – операції, які виконуються в перші дні після поступлення хворого в хірургічне відділення;
- планові операції, які виконуються в плановому порядку (термін їх виконання необмежений).

В залежності від лікувального ефекту операції поділяються на:

- 1) радикальні;
- 2) паліативні.

Радикальні операції – це операції, після виконання яких, шляхом видалення патологічного утворення, частини або всього органу настає видужання хворого.

Об'єм оперативного лікування, який визначає радикалізм операції залежить від характеру патологічного процесу. Так при доброякісних пухлинах (ліпома, фіброма, поліпи) видалення

пухлини приводить до видужання хворого. При злоякісних пухлинах радикалізм операції полягає не тільки у видаленні частини або цілого органу, а і у видаленні сусіднього органу, в який проростає пухлина, навколишньої клітковини, лімфатичних вузлів. Так при раку шлунку, виконується видалення шлунку з великим і малим сальниками.

При запальних захворюваннях об'єм втручання обмежується видаленням патологічно змінених тканин або органу (при остеомієліті – остеонекретома; при гострому апендициті – апендектомія).

Друга група операцій – паліативні операції. Вони виконуються з метою усунення небезпеки для життя хворого, або покращення його стану.

Так при великій пухлині стравоходу, яка проростає в органи середостіння, хворому виконується паліативна операція - накладання нориці (фістули) на шлунок, щоб хворий не помер від голоду. При пухлині кишечника, яка перекриває просвіт останнього, і є метастази в печінку, і загальний стан хворого важкий із-за кишкової непрохідності - хворому виконується операція накладання штучного анусу (тобто кишечник відкривається на передню черевну стінку, а сама пухлина залишається).

Найчастіше паліативні операції виконуються у онкологічних хворих, в занедбаних випадках (при неоперабельності хворих), коли радикальна операція неможлива із-за розповсюдження процесу, і ціль паліативної операції хоча б тимчасово покращити стан хворого.

В залежності від етапів операції вони бувають одномоментні – апендектомія, холецистектомія, коли всі етапи ідуть один за одним і багатомоментові: двохмоментові при аденомі простати (перший етап – накладання нориці сечового міхура і через деякий час другий етап – видалення аденоми); трьохмоментові – наприклад, в травматології, косметичній хірургії.

З розвитком загального знеболення та інтенсивної терапії все частіше в хірургії виконуються дві і більше операції одночасно – так звані симультанні операції. Наприклад, при виразці шлунку і хронічному калькульозному холециститі - резекція шлунку і холецистектомія. При аденомі простати і грижі пахового кільця – видалення аденоми передміхурової залози і герніотомія з пластиною гризових воріт.

Існують також пробні операції – це операції, під час яких виявляється, що радикальна операція неможлива. Особливо часто це зустрічається в онкології, коли із-за проростання пухлини в сусідні органи хірург стає безсильним перед захворюванням.

Існують такі випадки, коли останнім методом для діагностики захворювання є операція. Такі операції називаються діагностичними.

Розрізняють також типові і атипові операції.

Типові операції виконуються по чітко розробленим схемам, методикам оперативного втручання. Атипові операції виникають у випадку незвичності патологічного процесу, який привів до оперативного втручання. Сюди належать важкі травматичні пошкодження, вогнепальні рани. В цих випадках операція може відбуватися на декількох органах: судинах, кістках, суглобах, порожнистих органах.

Розрізняють також кровні і безкровні операції (репозиція кісткових уламків, поворот плоду на ніжці).

Хірургічна операція складається із основних етапів:

- 1) хірургічний доступ;
- 2) основний етап операції (хірургічний прийом);
- 3) зашивання рани.

Післяопераційний період – це період з моменту закінчення операції до видужання хворого або переводу його на інвалідність.

В післяопераційному періоді розрізняють 3 періоди: ранній (з моменту закінчення операції до 4-5 дня після неї), пізній (з 6-7 дня після операції до виписки хворого із лікарні), віддалений (з часу виписки з лікарні до відновлення працездатності).

Розрізняють нормальний перебіг післяопераційного періоду, коли відсутні важкі порушення функцій органів та систем, і ускладнений, коли реакція на оперативну травму різко виражена і розвиваються значні функціональні порушення.

Під час спостереження за хворим потрібно орієнтуватись на критичні показники діяльності органів та систем, які повинні служити основою для виявлення причини погіршення стану хворого і надання невідкладної допомоги.

- Стан серцево-судинної системи: частота пульсу більш ніж 120 уд/хв, зниження артеріального тиску до 80 мм рт.ст. і нижче або підвищення до 200 мм рт.ст., порушення серцевого ритму, зниження або підвищення центрального венозного тиску.
- Стан дихальної системи: частота дихання більше ніж 28 за 1 хвилину, відсутність дихальних шумів над ділянками легень.
- Стан шкіри та видимих слизових оболонок: виражена блідість, акроціаноз, холодний липкий піт.
- Стан видільної системи: зменшення сечовиділення (кількість сечі менше 10 мл/год), відсутність сечовиділення (анурія).
- Стан органів шлунково-кишкового тракту: різке напруження м'язів передньої черевної стінки, чорний кал, присутність крові в калі, виражене здуття живота, відсутність виходу газів, відсутність перистальтики.
- Стан центральної нервової системи: втрата свідомості, марення, галюцинації, збудження, загальмований стан.
- Стан післяопераційної рани: виражене промокання пов'язки кров'ю, розходження країв рани, виходження органів черевної порожнини в рану (евентерація), рясне промокання пов'язки гноем, кишковим вмістом.

Попередня підготовка операційного поля.

Напередодні операції хворому роблять гоління волосся в ділянці майбутнього операційного поля сухим методом. Після гоління лезо та станок для гоління знезаражують відповідним антисептиком, лезо утилізують. Хворий отримує гігієнічну ванну або душ, потім йому замінюють натільну і постільну білизну.

При наявності рани підготовка операційного поля відбувається наступним чином. Пов'язку знімають, рану накривають стерильною серветкою, а шкіру навколо рани протирають бензином або ефіром і голять волосся сухим методом. Всі рухи – протирання шкіри, гоління волосся – повинні проводитись в напрямку від рани, щоб зменшити ступінь її забруднення. Після гоління волосся серветку знімають, шкіру навколо рани змащують антисептичним розчином (бетадин, йодобак, йодонат, спиртовий розчин хлоргексидину, тощо) і рану накривають стерильною серветкою.

Не можна голити волосся в ділянці майбутнього операційного поля раніше ніж за 6 годин до операції.

Санация ротової порожнини перед оперативним втручанням.

Перед операцією хворий має прополоскати ротову порожнину. Для цього можна застосувати зубні еліксири (10-15 крапель на стакан води), водний розчин повареної солі (1/2 чайної ложки на стакан води), розчин марганцевокислого калію (1:1000), риванол (1:1000), настій шавлію чи ромашки (1 чайна ложка на стакан кип'ятку). Слизові оболонки змащують гліцерином, рідким вазеліном.

Необхідно видалити зубні протези, промити їх ретельно під струменем води з милом і покласти для зберігання у суху чашку, прикритою серветкою.

Важкохворому пацієнту, який не може сам здійснити туалет порожнини рота, виконує цю процедуру медична сестра. Медична сестра повинна: запропонувати відкрити пацієнту рот, стерильною марлевою серветкою обгорнути язик пацієнта, лівою рукою трохи витягнути його із

порожнини рота, зволожений тампоном на корнцангу обережно зняти наліт з язика і відпустити язик. Іншим вологим тампоном протерти внутрішні і зовнішні поверхні зубів. При протиранні верхніх корінних зубів стерильним шпателем необхідно відвести щоку, щоб не занести інфекцію у вивідну протоку привушної залози. З цієї ж причини слизову оболонку щоки протирати не бажано. Після протирання язика, зубів та ясен – дати пацієнту переварену воду для прополіскування порожнини рота.

Пацієнту, що перебуває у непритомному стані, туалет ротової порожнини провести так: надати горизонтальне положення, опустивши узголів'я функціонального ліжка та прибравши подушку з-під голови (щоб промивні води не потрапили в дихальні шляхи). Під голову підстелити клейонку та пелюшку. Голову пацієнта повернути на бік, під кут роту підставити ниркоподібний лоток. При наявності нальоту на язиці за допомогою язикоутримувача трохи витягнути його із порожнини рота, протерти стерильним тампоном, змоченим розчином фурациліну (1:5000) або декасану. Іншим зволожений тампоном обробити зовнішні та при можливості – внутрішні поверхні зубів. Промити порожнину рота теплим розчином за допомогою стерильного шприца ємністю 50-100 мл або гумового балону, відтягуючи почергово праву та ліву щоки. Губи витерти рушником.

Підготовка шлунково-кишкового тракту у хворого, що йде на операцію.

Хворі мають бути оперованими натще, тому за день до операції вони отримують тільки легкозасвоювану їжу (бульйон, рідкий суп тощо). При екстрених операціях, якщо між прийомом їжі і початком операції пройшло менше 5 годин, необхідно промити шлунок через зонд. Це попереджує блювоту і регургітацію під час наркозу. Напередодні і в день операції за 3-4 години необхідно очистити товстий кишечник за допомогою очисної клізми. Остання протипоказана при деяких гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, гангрена кишечника тощо).

Транспортування хворого в операційну.

Транспортування хворого в операційну здійснюється тільки за допомогою каталки, яку покривають поліетиленою плівкою або клейонкою, протирають ганчіркою, змоченою 3% розчином перекису водню з 0,5% миючим засобом. Поверх клейонки застеляють чисте простирadlo або ковдру. Транспортування повинно бути обережним з виключенням поштовхів. Перенести і перекласти хворого на руках можуть 2 і 3 чоловіки. В першому випадку один із них підводить руки під лопатки, ближче до шиї і попереку, другий – під сідниці і гомілки. Якщо хворий важкий або потребує дуже обережного перекладання, участь приймають 3 чоловіки: один держить голову і груди, другий – поперек і стегна, третій – гомілки. Якщо у хворого налагоджена система для внутрішньовенних вливань, то додатково у перекладанні приймає участь медична сестра, яка несе відповідальність за збереження її і працездатність. В передопераційній хворого перекладають на каталку операційного блоку і доставляють до операційного стола. Облаштування ліжка хворого.

Оскільки хвора людина, особливо після оперативного втручання, переважну частину часу перебуває у ліжку, дуже важливо, щоб воно було зручним, а постіль чиста і зручна, суха, рівна. Правильне облаштування постелі та контроль за її станом – це створення комфортного положення пацієнту, це профілактика розвитку попріlostей, пролежнів та інших ускладнень. В ранньому післяопераційному періоді хворого бажано покласти на функціональне ліжка, яке може трансформуватись.

На матрац, що пройшов дезінфекцію в дезінфекційній камері, надягають чистий наматрацник. Матрац кладуть на ліжка з добре натягнутою сіткою. Стелять простирadlo, краї якого по всій довжині підгинають під матрац так, щоб воно не збиралося у складки. На подушку надіти чисту наволочку. На ковдру надіти підковдру. Забезпечити хворого двома рушниками.

Для важкохворого пацієнта бажано застосувати простирadlo або пелюшку з суперадсорбентом, яка не промокає. При відсутності їх потрібно на матрац постелити клейонку, а

поверх клейонки – пелюшку (щоб запобігти забрудненню матраца екскрементами людини). Рекомендується важкохворим та людям похилого й старечого віку користуватись памперсами.

Заміна постільної білизни хворого.

Постільна білизна повинна бути бавовняною, а натільна – бавовняною чи фланелевою. Є декілька способів заміни простирадла лежачому пацієнту. Перший спосіб застосовують у тому випадку, коли пацієнту лікар дозволяє повертатися у ліжку на бік, другий – коли активні рухи у ліжку заборонені. Заміну білизни пацієнту слід проводити обережно, щоб не завдавати йому додаткового болю і страждання.

Попередньо секції функціонального ліжка необхідно встановити в горизонтальне положення.

Перший спосіб.

Чисте простирадло згорнути валиком по довжині лицьовою стороною усередину, підняти трохи голову та плечі пацієнта, забрати подушку. Обережно опустити голову пацієнта на ліжко. Повернути пацієнта на бік обличчям до краю ліжка, притримати його у такому положенні. Брудне простирадло згорнути валиком по довжині у напрямку до пацієнта. На звільнену частину постелі розгорнути чисте простирадло так, щоб його вільний край дещо звисав із ліжка. Повернути пацієнта на спину, а потім на інший бік, вкладаючи його на чисте простирадло. Забрати брудне простирадло, помістити його у водонепроникний мішок. Розправити чисте простирадло, повернути пацієнта на спину. Краї простирадла заправити під матрац з усіх боків. Замінити наволочку на подушці та підковдру на ковдрі. Брудну наволочку та підковдру помістити у мішок. Подушку в чистій наволочці покласти під голову пацієнта, вкрити пацієнта ковдрою.

Другий спосіб.

Чисте простирадло згорнути валиком по ширині лицьовою стороною усередину. Обережно трохи підняти голову та плечі пацієнта, забрати подушку. Швидко згорнути у вигляді валика брудне простирадло у напрямку від голови до попереку пацієнта. На звільненій частині постелі розгорнути та розправити чисте простирадло. Обережно опустити голову пацієнта на ліжко (без подушки). Замінити брудну наволочку на чисту, підняти трохи голову та плечі пацієнта, на чисте простирадло покласти подушку в чистій наволочці, опустити на неї голову та плечі пацієнта. Підняти таз пацієнта, потім ноги і швидко забрати з-під нього брудне простирадло у напрямку від попереку до п'ят. Брудне простирадло помістити у мішок для брудної білизни. Розгорнути та розправити чисте простирадло і обережно опустити таз і ноги пацієнта. Краї простирадла заправити під матрац з усіх боків, замінити підковдру на ковдрі, вкрити пацієнта ковдрою.

Харчування важкохворих.

Годування лежачого пацієнта з ложки, поїльника у стаціонарі – це прямий обов'язок палатної медичної сестри. Ентеральне введення харчових продуктів (за допомогою зондів, фістул, клізм), парентеральне введення в організм живильних речовин (обминаючи травний канал) – більш складні маніпуляції, у виконанні яких беруть участь палатна медична сестра, старша медична сестра та лікар.

Годування важкохворого за допомогою ложки та поїльника.

Надати пацієнту положення напівсидячи, прикрити груди хворого рушником. Розмістити їжу, призначену для пацієнта на приліжковому столику. Однією рукою трохи підняти голову пацієнта разом з подушкою, іншою рукою піднести до рота ложку з їжею. Їжу в рідкому або напіврідкому вигляді (протерті каші, супи, бульйони, киселі тощо) можна дати пацієнту з поїльника або звичайного невеликого чайника. Годувати пацієнта малими порціями, повільно, з достатніми паузами, щоб він мав змогу добре пережувати їжу. Пропонувати напій після декількох ложок твердої їжі. Для пиття соку, компоту, чаю порекомендувати використовувати поліхлорвінілові трубочки, довжиною 20-25 см і звичайну чашку або склянку. Після прийняття їжі запропонувати пацієнту прополоскати ротову порожнину водою, витерти губи пацієнта серветкою, струсити простирадло від крихт, розправити складки на ньому, допомогти пацієнту зайняти зручне положення в ліжку.

Годування пацієнта через назогастральний зонд за допомогою шприцу Жане.

Надати пацієнту положення: сидячи, напівсидячи, при надмірному виснаженні – лежачи на боці. Прикрити груди хворого серветкою. Отриману їжу з харчоблоку змішати в одній ємності і зробити рідку живильну суміш.

Перевірити місце знаходження зонду – не можна розпочинати годування пацієнта, не переконавшись, що зонд знаходиться у шлунку.

Набрати у шприц Жане теплу живильну суміш. На рівні шлунку з'єднати конус шприца із зондом. Повільно підняти шприц вище рівня шлунку пацієнта приблизно на 40-50 см так, щоб рукоятка поршню була спрямована догори. Повільно натискаючи на поршень шприца, забезпечити поступове проходження живильної суміші. Після звільнення шприца – перетиснути зонд затискачем, від'єднати шприц від зонду. Таким чином повторити процедуру до тих пір поки не буде введено всю суміш. Від'єднати шприц, перетиснути зонд затискачем. Через годину зняти затискач і закрити заглушкою зовнішній отвір зонду.

6. Матеріали для самоконтролю.

6.1. Завдання для самоконтролю.

Питання:

1. Поняття про хірургічну операцію.
2. Класифікація оперативних втручань, етапи виконання.
3. Передопераційний період, його задачі.
4. Особливості підготовки хворих до планових і термінових операцій.
5. Передопераційний період: догляд за шкірою хворого, санація ротової порожнини, гоління волосся, очищення кишечника за допомогою клізм, гігієна білизни та одягу хворих.
6. Основні принципи догляду за хворими у післяопераційному періоді. Профілактика можливих ускладнень. Харчування хворих.

Завдання:

1. Підготуйте операційне поле.
2. Проведіть санацію ротової порожнини перед оперативним втручанням.
3. Підготуйте шлунково-кишковий тракт хворого, що йде на операцію.
4. Промийте шлунок товстим зондом.
5. Проведіть очисну клізму.
6. Проведіть годування важкохворого за допомогою ложки та поїльника.
7. Проведіть годування пацієнта через назогастральний зонд за допомогою шприцу Жане.

6.2. Ситуаційні завдання

1. Медична сестра має годувати хворого С., який був прооперований 2 доби потому з приводу травматичних пошкоджень ротової порожнини. Годування має відбуватись через встановлений пацієнту назогастральний зонд. Для цього медична сестра приєднала до зонду шприц Жане із живильною сумішшю і стала повільно вводити останню через зонд. При цьому хворий став скаржитись на відчуття розпирання за грудиною, біль в цій ділянці. Чому у хворого виникли ці скарги? Яку помилку допустила медична сестра?

2. Хворий М., 69 років, був прооперований з приводу розлитого перитоніту, що розвинувся внаслідок гострого перфоративного апендициту. Після операції пройшло 4 доби. Хворому дозволено приймати їжу через рот (стіл 1^а). Стан хворого важкий, хворий ослаблений, знаходиться в лежачому положенні. Яким чином провести годування даного хворого?

3. Хворий У., 77 років, 1 добу потому була виконана операція – ампутація лівої нижньої кінцівки з приводу вологої гангрени. Стан хворої важкий. Самостійно рухатись вона не може. При огляді виявлена гіперемія шкіри в ділянках кутів обох лопаток, крижово-куприкової ділянки. Яке ускладнення може розвинути у даної пацієнти? Що необхідно робити в такій ситуації?

6.3. Тести для самоконтролю (початковий рівень знань).

1. Коли необхідно проводити гоління шкіри перед плановою операцією?
 - А. За добу.
 - Б. Увечері перед операцією.
 - В. Ранком в день операції.
 - Г. Гоління не проводиться.
 - Д. Не раніше, як за 6 годин перед операцією

2. Джерелом ендогенної інфекції може бути все, крім:
 - А. Хронічний тонзиліт.
 - Б. Наявність каріозних зубів.
 - В. Гнійничкові захворювання шкіри.
 - Г. Хронічний остеомієліт.
 - Д. Облітеруючий ендартеріт

3. До діагностичних операцій відносяться:
 - А. Апендектомія.
 - Б. Герніотомія.
 - В. Біопсія лімфатичних вузлів
 - Г. Вправлення вивиху плеча.
 - Д. Розкриття панарицію.

4. За терміновістю проведення операції поділяють на:

А. Екстренні, невідкладні, паліативні.	Г. Радикальні, планові, паліативні.
Б. Планові, екстренні, багатоетапні.	Д. Діагностичні, нетермінові, одноетапні.
В. Екстренні, невідкладні, планові	

5. Планові операції виконуються при:
 - А. Гострому апендициті.
 - Б. Защемленій грижі.
 - В. Кровотечі з пошкодженої судини.
 - Г. Асфіксії.
 - Д. Калькульозному холециститі

6. Операція по життєвим показанням виконується при:

А. Кровотечі, яка продовжується	Г. Облітеруючому ендартеріті.
Б. Доброякісних пухлинах.	Д. Варикозному розширенні вен нижніх кінцівок.
В. Злоякісних пухлинах.	

7. Профілактика тромбемболічних ускладнень після операції включає:
 - А. Бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом.
 - Б. Застосування антикоагулянтів.
 - В. Застосування дезагрегантів.
 - Г. Раннє вставання з ліжка.
 - Д. Все вище перераховане

8. Назвіть заходи, які направлені на профілактику легеневих ускладнень після операції:
 - А. Призначення препаратів заліза.
 - Б. Вдихання окису азоту.
 - В. Промивання шлунку.
 - Г. Дихальна гімнастика
 - Д. Холод на череву.

9. Профілактика нагноєння операційної рани.

А. Часті шви на рану.

Б. Розсмоктуючі шви на рану.

В. Дренування рани

Г. Лікувальна фізкультура.

Д. Герметична пов'язка.

10. До ускладнень з боку операційної рани відноситься все крім:

А. Кровотечі.

Б. Гематоми.

В. Інфільтрату.

Г. Болі в рані

Д. Евентерації.

11. При наявності пролежнів необхідно все, крім:

А. Вкладання хворого на твердий матрац

Б. Використання підкладних надувних кругів.

В. Протирання шкіри камфорним спиртом.

Г. Зміна положення хворого в ліжку.

Д. Розтирання м'яких тканин в області пролежнів, перестилання ліжка хворого.

12. Хворий Б., 38 років, оперований з приводу виразкової хвороби шлунку. Виконана резекція шлунку за Більрот-І. Під час операції встановлено зонд для харчування. Коли можна годувати хворого через зонд?

А. Зразу після операції.

Б. Через 6 годин після операції.

В. Через 2-3 дні після операції.

Г. Через 24 години після операції.

Д. Після відновлення перистальтики

13. Хворий сам купив дефіцитні ліки. Їх можна хворому ввести:

А. По наполяганню пацієнта.

Б. Після консультації з медсестрою.

В. Згідно рекомендації завідувача відділенням.

Г. Після призначення їх лікуючим лікарем

Д. Після погодження з головним лікарем.

14. В хірургічне відділення поступив хворий з діагнозом гострий апендицит, дві години назад хворий пообідав . Як підготувати хворого до оперативного втручання?

А. Постановка очисної клізми

Б. Постановка назогастрального зонду

В.Промивання шлунку

Д. Введення атропіну під час премедикації

Г. Спеціальної підготовки не потрібно

15. До радикальних операцій відносять :

А. Холецистектомія

Б. Накладання гастростоми

В.Накладання гастроентероанастомозу

Г. Біопсія

Д. Пункція суглобу

16. В чому полягає підготовка до планової операції в день операції :

- А. Бриття операційного поля
- Б. Прийняття ванни або душу
- В. Переливання крові
- Г. Промивання шлунку
- Д. Очисна клізма

17. З якого моменту починається передопераційний період

- А. З початку захворювання
- Б. З моменту постановки діагнозу
- В. З моменту госпіталізації хворого
- Г. З моменту згоди хворого на операцію
- Д. З моменту початку підготовки до операції

18. Які захворювання потребують екстренного оперативного втручання

- А. Рак
- Б. Перфоративна виразка шлунка
- В. Защемлена грижа
- Г. Ліпома
- Д. Тонзілектомія

19. За терміном виконання оперативні втручання бувають:

- А. термінові
- Б. вчасні
- В. екстрені
- Г. паліативні
- Д. радикальні

20. Передопераційними заходами, що зменшують ризик інфікування післяопераційної рани є:

- А. постільний режим
- Б. гоління волосся в ділянці майбутнього операційного поля за 2 години до операції
- В. застосування спиртового компресу на ділянку майбутнього операційного поля
- Г. призначення снодійних засобів напередодні операції
- Д. санація ротової порожнини

21. З якою метою не дозволяють хворому їсти перед операцією?

- А. їжа затрудняє проведення у шлунок зонду
- Б. їжа затрудняє управління диханням під час операції
- В. прийом їжі перед операцією може спричинити блювоту під час загального наркозу
- Г. прийом їжі перед операцією може спричинити розвиток ацидозу
- Д. наявність вмісту у шлунку під час інтубації трахеї може спричинити регургітацію

22. Для профілактики алергічних реакцій під час виконання оперативного втручання та в післяопераційному періоді всім хворим проводять:

- А. внутрішньо-шкірну пробу на новокаїн
- Б. внутрішньо-шкірну пробу на антибіотик, що буде застосований при лікуванні
- В. внутрішньо-шкірну пробу на анальгін
- Г. внутрішньо-шкірну пробу на хімічні антисептичні засоби
- Д. внутрішньо-шкірну пробу на антигістамінні препарати

23. Яким чином повинне проводитись транспортування хворого в операційну?
- А. в операційну хворий йде самостійно, якщо йому дозволяє його стан
 - Б. на каталці в лежачому положенні
 - В. на ношах в лежачому положенні
 - Г. кріслі-каталці
 - Д. на каталці в сидячому положенні
24. Післяопераційний період це:
- А. період з моменту закінчення операції до видужання хворого
 - Б. період з моменту госпіталізації хворого до його виписки з відділення
 - В. період з моменту операції до виписки хворого із відділення
 - Г. період з моменту операції до переходу хворого на амбулаторне лікування
 - Д. період з моменту закінчення операції до переводу хворого на інвалідність
25. Післяопераційний період ділять на:
- А. середній
 - Б. ранній
 - В. малий
 - Г. віддалений
 - Д. терміновий
26. Перебіг післяопераційного періоду може бути:
- А. збалансований
 - Б. функціональний
 - В. нормальний (неускладнений)
 - Г. фізіологічний
 - Д. ускладнений
27. В післяопераційному періоді розрізняють наступні фази:
- А. анаболічна
 - Б. зворотного розвитку
 - В. патологічна
 - Г. фізіологічна
 - Д. декомпенсації
28. До заходів щодо профілактики пролежнів можна віднести:
- А. протирання “небезпечних” ділянок тіла хворого 5% спиртовим розчином йоду
 - Б. застосування мішечків, заповнених насінням проса або льону
 - В. протирання “небезпечних” ділянок тіла хворого 10% розчином камфорного спирту
 - Г. прикладання до місць можливого ураження спиртового компресу
 - Д. забезпечення хворому постійного положення на спині
29. Харчування хворого після операції може бути:
- А. інтерстиціальним
 - Б. ентеральним
 - В. внутрішнім
 - Г. парентеральним
 - Д. паренхіматозним

30. Заміна постільної білизни проводиться:

- А. одразу після забруднення біологічними рідинами
- Б. через 2 години після забруднення біологічними рідинами
- В. один раз на день
- Г. один раз на 15 діб
- Д. один раз на 7-10 діб

6.4. Тести та задачі для перевірки вихідного рівня знань

1. У хворого М., 77 років, що знаходиться в лежачому положенні, в крижово-куприковій ділянці має місце гіперемія шкіри, наявні пухири з кров'янистим вмістом. Яке ускладнення розвинулось у даного пацієнта, що необхідно зробити в даному випадку?
2. Хворий С., 70 років, оперований з приводу защемленої пахової грижі. З моменту операції пройшло 20 годин. Хворий самостійно не може мочитися. Яке ускладнення виникло у хворого, яку допомогу необхідно надати хворому.?
3. У хворої Д., 46 років, що перенесла операцію з приводу міжм'язової флегмони правого стегна 10 годин потому, забруднилась постільна і натільна білизна виділеннями з післяопераційної рани. Як потрібно поступити в даному випадку?
4. Хворий К., 35 років, був прооперований 1 добу потому з приводу множинних травматичних ушкоджень обличчя, ротової порожнини, обох губ. Яким чином нагодувати даного пацієнта в післяопераційному періоді?
5. В хірургічне відділення поступила хвора 80 років. Черговий хірург поставив діагноз защемленої стегнової грижі і запропонував екстренне оперативне втручання. Пацієнтка категорично відмовилась, які дії лікаря?
6. Хірург під час операції з приводу пупкової грижі видалив пупок, попередньо не отримавши згоди хворої. Чи правомірні дії хірурга ?
7. Хворий С., 36 років, госпіталізований в ургентному порядку з діагнозом "карбункул задньої поверхні шиї". Черговий хірург зобов'язав медсестру підготувати операційне поле до невідкладного втручання. Що повинна зробити медична сестра?
8. Хворий М., 45 років, готується до операції з приводу виразкової хвороби шлунку. Чим можна харчуватись пацієнту в день операції?
9. Хворий К., 35 років, має бути транспортований в операційну, де йому будуть робити оперативне втручання з приводу варикозної хвороби правої нижньої кінцівки в плановому порядку. 20 хвилин потому йому була зроблена премедикація (промедол 2%-1 мл, димедрол 1%-1 мл). Хворий намагається йти до операційного блоку самостійно. Як в такому випадку має поступити медична сестра?
10. Під час введення зонду для промивання шлунку у хворого з'явився нестримний сильний кашель. Що могло стати причиною цього, як поступити в такому випадку?
11. Хворий Щ., 23 років, має оперуватись в екстреному порядку з приводу проникаючого ножового поранення черевної порожнини. Йому буде виконана лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. Операцію будуть виконувати під комбінованою ендотрахеальною анестезією. Останній раз хворий приймав їжу 2 години потому. Яким чином підготувати шлунково-кишковий тракт до операції даному пацієнту?
12. Хворий Д., 66 років, має оперуватись з приводу пахової грижі. Хворий був обстеженим і готувався до операції в амбулаторних умовах. В день операції він поступив в хірургічне відділення. Медична сестра для підготовки операційного поля взяла хворого в процедурну кімнату. Там вона виявила, що хворий поголив місце майбутнього поля дома 1 добу потому. На шкірі пахової ділянки маються пустули з жовтим вмістом. Як має в такому випадку поступити медична сестра? Чи можна подавати хворого в операційну?

Література:**Основна література**

1. Загальна хірургія: підручник для студентів вищих навчальних закладів / [Лігоненко О.В., Чорна І.О., Хіміч С.Д. та ін.]; за ред. Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова, В.О.Шидловського. — Вінниця: Нова книга, 2018.- 344 с.
2. Загальна хірургія: підручник / [Лігоненко О.В., Зубаха А.Б., Хіміч С.Д. та ін.]; за ред. С.Д. Хіміча, М.Д.Желіби. – 3-є вид., переробл. І допов.- Київ: ВСВ «Медицина», 2018.- 608 с.
3. Загальна хірургія: підручник / М. Д. Желіба, С. Д. Хіміч, І. Г. Герич та ін.: за ред. професорів М.Д. Желіби, С. Д. Хіміча. – К.: ВСВ «Медицина», 2010, 2016. – 448 с.
4. Конспекти лекцій

Додаткова література

1. Общая хирургия: учебник / Н. Д. Желиба, С. Д. Химич, И. Г. Герич и др.: под ред. профессором Н. Д. Желибы, С. Д. Химича. – К.: ВСИ «Медицина», 2011, 2016. – 488 с.
2. Загальна хірургія / за ред. С.П.Жученка, М.Д.Желіби, С.Д.Хіміча. Київ, «Здоров'я», 1999. С. 44-62.
3. Конспект лекцій
4. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія // Київ, «Здоров'я», 2004. С.47-53.
5. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та догляду за хворими – Київ.: Здоров'я, 1999. – С. 60-67
6. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учеб. – 3-е изд., перерб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 26-31, 53-67.
7. «Общая хирургия», С.В. Петров — Москва, «Геотар», 2005г- С.
8. Хірургія Т.1. За ред Березницького Я.С. – Дніпропетровськ,РВА «Дніпро-VAL».- 2006. – С.78-101.
9. Тимофеев Н.С., Тимофеев Н.Н. Асептика и антисептика. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1989. – С. 3-17, 52-65, 202-203.
10. Антисептики у профілактиці і лікуванні інфекцій / За ред. Г.К. Палія – Київ.: Здоров'я, 1997. – С. 3-90.
11. Загальна хірургія», ред. М.П.Леренька — Київ, „Здоров'я», 1996 р.
12. 6 „Общая хирургия», В.С.Голованов,М., „Медицина», 1997 р.
13. 7.„Практика хірургії», ред. К.В.Манна, Р.Г.Руссея, Н.С.Вільямса, пер. з англ. М., „Медицина», 2000 р.

Розподіл балів, присвоюваних студентам:

При засвоєнні теми №5 за навчальну діяльність студенту виставляється оцінка за 4-х бальною (традиційною) шкалою, яка потім конвертується у бали наступним чином:

Оцінка	Бали
“5”(відмінно)	5балів
“4” (добре)	4 бали
“3”(задовільно)	3 бали
“2” (незадовільно)	0 балів

Методичні рекомендації підготував
асистент кафедри загальної хірургії
Ярошенко Р.А. _____